

総括

■ 機能種別

主たる機能種別「一般病院2」を適用して審査を実施した。

■ 認定の種別

書面審査および9月10日～9月11日に実施した訪問審査の結果、以下のとおりとなりました。

機能種別	一般病院2	認定
------	-------	----

■ 改善要望事項

- ・機能種別 一般病院2
該当する項目はありません。

1. 病院の特色

貴院は、1901年の創立に始まり、すでに120年以上の歴史を刻んでいる。これまでの市民生活への貢献度の高さから、いまだに市民から、以前の名称であった「道北病院」の名でも親しまれている。2020年には外来管理棟を新設して、診療機能の充実に努め、地域医療支援病院・北海道がん診療連携病院として、旭川市に限らず上川地区の北部やオホーツク地区も診療圏として、広い地域の医療にも貢献している。呼吸器疾患・神経筋疾患・消化器疾患についての治療を充実して、「COPDセンター」・「パーキンソン病センター」・「リウマチセンター」の3センターと、神経難病の病棟を設置している。さらに近年では、消化器・呼吸器がんの外科治療・放射線治療に積極的に取り組んでいる。

病院機能評価の受審は、前身の道北病院での2000年の初受審から今回で6回目であり、受審への取り組みを通じて、継続して診療の質の向上に努めている。今回の受審が、貴院の益々の発展に少しでも寄与することになれば幸いである。

2. 理念達成に向けた組織運営

「安全で質の高い医療を提供し、患者の目線に立ち、信頼される病院を目指す」ことを病院の理念とし、5項目の基本方針を掲げている。国立病院機構本部の経営方針に沿って、病院の運営方針、目標の設定を院長が起案し、各部門、各個人が連動して目標達成に向け尽力しており、優秀な年間目標には、院長が表彰するなど、職員の労働意欲を高めている。法定人数に問題はないが、一部の診療科に常勤医師が不在であり、病院の規模及び医療の質向上から専門常勤医の採用に期待したい。

人事・労務管理は適正に就労管理されており、出退勤管理は就労管理システム

に移行して、全職員の勤務状況を一元管理している。法人の定める業績評価制度で勤務評価を行っており、各所属長の面談を経て、昇任昇格や賞与に反映している。職業感染防止では、ウイルス検査やワクチン注射など病院が全額負担し、公務災害への対応、ストレスチェック、ホルムアルデヒド等の作業環境測定も適切に実施している。安全衛生委員会を毎月開催している。

教育・研修は、教育研修委員会が必要な研修内容や開催方法を検討して年間スケジュールを立てて管理している。職員の能力開発、資格取得の環境は整備している。基幹型臨床研修病院として臨床研修医の研修環境を整えるほか、各部門で学生実習を受け入れており、医療者の育成に努めている。

3. 患者中心の医療

患者の権利と責務を策定して明示するとともに、職員はその擁護に努めている。侵襲的な診療に際しては説明と同意のマニュアルに基づいて説明して、患者家族の理解を深めている。同席者署名の徹底や、必要事項を網羅した説明・同意書の作成が今後の課題である。診療やケアに必要な情報は、患者サロンなどに冊子を設置、各種教室を開催して提供している。正面玄関脇に設置している総合案内に事務職員を配置して、地域医療連携室の職員が相談に対応している。多職種が連携して、相談内容によって専門職により対応できる仕組みを構築している。個人情報保護運用手順を整備して、個人情報保護方針および利用目的を定め、ホームページや院内掲示で周知している。診療電子情報も適切に取り扱っている。臨床倫理方針を定めて、倫理審査委員会で臨床倫理問題にも取り組んでいる。現場においては倫理的課題に多職種によるカンファレンスを開催して、その検討や解決に努めている。さらに、倫理審査委員会で議論する体制がある。病院のアクセス方法をホームページや「病院のご案内」「入院のご案内」に掲載している。

正面玄関脇には車椅子や荷物運搬用カートを配備しており、利便性の向上に配慮している。診療やケアに必要なスペースを確保して、院内は清潔で整理整頓されている。バリアフリーを整備して、患者や家族の利便性を保っている。敷地内禁煙の方針を明確に定め、ホームページや院内掲示、入院のご案内で患者等利用者に周知している。

4. 医療の質

多職種で構成しているQC活動推進委員会が中心となり、様々な視点からの業務の質改善に向けた活動に取り組み、QCサークル活動発表会も開催して、優れた活動内容を院外へ発信している。提案箱を院内7箇所に設置して、患者や家族からの意見を広く収集している。対応策を院内掲示板、外来掲示板に掲示して、必要に応じて書面や電話での個別対応も行っている。診療の場では、各種カンファレンスを開催し、クリティカルパスの適用率は69.6%と高く、診療の標準化と効率化を図っている。国立病院機構の臨床評価指標の結果に基づいた自院の状況を各診療科に伝え、質の向上に努めている。新たな診療技術の導入や医薬品の適応外使用について

ては、倫理審査委員会で審議している。

外来や病棟での責任体制を分かりやすく掲示して、ベッドネームにも主治医や担当職員名を記載している。主治医不在時の対応方法も明確にしている。診療記録は電子カルテ運用で、各職種が必要な情報を日本語で記載している。退院サマリー作成率の向上を期待する。病棟では、多くのカンファレンスを開始し、さらにチーム活動を通して多職種で情報共有しながら患者の診療やケアに取り組んでいる。

5. 医療安全

副院長を室長・医療安全管理責任者とする医療安全管理室を設置して、医療安全管理者として専従看護師を配置している。医療安全委員会の下に、医療安全推進部会・看護部医療安全小委員会・臨時医療安全管理委員会等の小委員会を設けて、組織的に安全の推進に取り組んでいる。インシデント・アクシデント報告は電子カルテ端末を用いて報告されている。医療安全管理者が毎日報告の内容の確認を行なうと共に、インシデントの状況現場確認や、転倒転落防止への環境ラウンドに毎日取り組んでいる。医療事故発生時における対応手順はフローチャートにまとめ、院内に周知している。

患者の認証は、患者にフルネームと生年月日を名乗ってもらい、さらにリストバンドのバーコード認証も活用している。周術期での各種の確認でも、ルールに基づいて確実なタイムアウトを実施している。医師による指示出し・看護師による指示受けはオーダリングシステムで確実に実施している。やむを得ない場面での口頭指示は手順に則って実施している。院内各所での薬剤・麻薬・向精神薬もおおむね適切に管理している。薬物治療の際の確認も確実に実施して、投与中・後の患者さんの観察も適切に実施している。抗がん剤治療ではレジメンシステムで管理して、安全に投与している。全ての患者で入院時に、「転倒転落防に関する防止マニュアル」に基づいてリスク評価を実施している。転倒・転落発生時には共通したフローチャートを作成し、観察と記録を実施している。医療機器は臨床工学技士が一元管理している。人工呼吸器装着患者では毎日臨床工学技士が動作確認などの点検を実施している。緊急時には、院内の緊急コードがあり、院内放送・呼出し手順・夜間休日対応を明文化し職員に周知している。救急カートは院内設置一覧と院内統一した運用ルールを定めている。職員のBLS研修も確実に実施している。

6. 医療関連感染制御

院長を委員長とした感染症管理対策委員会を毎月開催して、必要事項を審議している。院長の直轄組織である感染管理対策室に専従のICNを配置し、さらに専任のICDや臨床検査技師・薬剤師らがICTとして活動している。また、院内感染対策マニュアル・抗菌薬適正使用指針を整備している。ICTは定期的な院内ラウンドを行い、結果を現場へフィードバックし、AST活動として、抗菌薬の使用状況を把握し、その適正な使用を指導している。必要な薬剤では薬剤師がTDMに関与している。1年間の感受性検査のデータからアンチバイオグラムを作成し、医師に提供している。感染対策向上加算に関連したカンファレンス・相互訪問を連携病院と実施

し、感染対策の向上に努めている。耐性菌検出情報や院内の感染症発生情報を、迅速に感染管理対策室のスタッフや主治医・病棟スタッフに伝達し、ICTが対応している。サーベイランスとしてSSI・CLABSIを実施している。部署毎の手指消毒剤の使用量を確認し、手指消毒推進の活動も行っている。ICTやリンクスタッフが連携して、標準予防策の実践、感染経路別の予防策実施、個人防護具の取り扱い、感染性廃棄物および血液や体液が付着した病衣・リネン類の取り扱いについて周知している。

7. 地域への情報発信と連携

地域への情報発信は、ホームページや各種SNS・広報誌等を利用しており、院内掲示も行っている。院内イベントや研修会などの様子もホームページや各種SNSを通じて広報している。病院情報や医療サービス、診療実績など、地域住民等が医療機関を選択する際に参考とする各種情報の更新は、その都度行っている。地域医療連携室は、看護師・MSW・事務職員などの多職種を配置して、前方連携・広報連携を促進している。地域の病院、診療所、介護施設等との連携体制構築のための訪問活動を実施しており、要望などを聴取している。地域に向けた医療に関する教育啓発活動として、市民公開講座、パーキンソン病教室、糖尿病教室、リウマチ教室、COPD教室、がん患者・家族サロン「縁佳話」、出前講座を開催している。病院として実施している各種活動について、医師が積極的に参加しており、実施した各種イベントをホームページや各種SNSで広く公開している。

8. チーム医療による診療・ケアの実践

患者が安心して受診できるように、必要な情報・案内を、病院ホームページや院内の掲示で詳細に明示している。患者相談窓口でも様々な医療相談に対応している。がん相談窓口には認定看護師を配置し、院内外からの相談を受けている。外来担当医と看護師は患者に関する情報を収集して、検査や治療方針等を患者・家族に説明している。侵襲を伴う検査は、必要性・危険性を説明し同意を得て安全に実施している。入院の決定は、医学的根拠に基づき、患者の希望も聞き、同意を得て行っている。入退院支援センターでは、入院前オリエンテーションを行って情報提供及び不安の軽減に努めている。診療計画は患者・家族の希望に配慮しながら多職種で速やかに作成している。医師は適時に診察・評価を行った上で、その内容を診療録に記載している。看護師は全入院患者に対し様々のリスク評価を実施して、問題点を抽出し患者・家族のニーズに沿った看護計画を立案し、評価修正をしている。

投薬や注射、手術、輸血治療、重症患者の管理も適切に実施している。多職種による適切なチーム医療を早期から提供・展開している。適応に応じてリハビリテーションを依頼し、早期に実施できている。療養状況は電子カルテで共有している。栄養スクリーニングを実施した結果、管理栄養士が必要な患者に介入している。皮膚・排泄ケア認定看護師と多職種で構成した褥瘡対策チームが回診を実施し、褥瘡予防とその治療の評価を行っている。「緩和ケアマニュアル」を整備して、疼痛緩和や麻薬の使用など症状緩和に取り組み、緩和ケアチームも活動している。身体拘

束は3原則に基づき評価し、実施している。実施後は解除に向けたカンファレンスと観察記録をしているが、皮膚障害への予防的対策の徹底を期待したい。入院早期に退院支援計画書を作成し、退院調整を始めている。退院に向けて施設や行政など治療後の療養先の担当者を交えた多職種カンファレンスも開催している。さらに退院後の環境調整を目的とした多職種で退院前訪問を行っている。患者・家族が安心して継続した療養生活を送れるよう、各部署で連携している。

9. 良質な医療を構成する機能

薬剤管理部門は、処方鑑査、調剤鑑査を適切に実施するほか、持参薬の鑑別、医薬品の採用や医薬品集の更新、薬剤の温度管理に努めている。検体検査部門は、自院に必要な検査を迅速、円滑に実施している。検体交差・誤認を防ぐ対策や、パニック値の医師への報告と対応確認、精度管理を確実に実施している。また、輸血用血液製剤の一元管理も担い、作業手順を遵守して安全な輸血療法に寄与している。画像診断部門では、必要な検査をタイムリーに実施し、夜間・休日の緊急撮影依頼にも対応している。画像診断専門医が不在であり、外部委託している撮影画像の読影数の向上を期待したい。放射線治療は常勤専門医が放射線治療専門技師とともに治療計画を立案し、誤認防止対策・安全対策も確実に実施して、地域のがん診療に貢献している。栄養管理部門は厚生労働省の大量調理施設衛生マニュアルに沿った「栄養管理室概況書」を策定しており、食材の検収から調理・配膳・下膳・食器・調理器具の洗浄・乾燥・保管に至るまで機能的かつ衛生的に管理している。リハビリテーション部門では、各療法士が積極的に計画を立案し訓練を行い、さらに多職種で意見交換・情報共有に取り組んでいる。休日を設けることなく365日継続した訓練を実施していることは高く評価したい。診療情報は電子カルテに記録し、紙媒体はスキャナーを用いて診療情報管理室所属の事務職員が一括取り込んでいる。その管理も適切に実施している。臨床工学室は、医療機器を一元管理しており、使用後の点検も確実に実施している。院内で使用する機器の安全な使用にも取り組んでいる。洗浄・滅菌は中央材料室で一元管理している。洗浄評価や滅菌物の各種インディケーターによる滅菌の質の管理も確実に実施している。

病理診断部門には、常勤の病理診断医と細胞検査士が、組織診・細胞診に対応している。病理医は主治医と協議して診断の精度を上げると共に、近隣の15医療機関からも病理診断を請け負っており、病理医の確保が困難な地域での貢献の観点からも高く評価したい。手術部門には常勤麻酔医は不在だが、術者・非常勤麻酔専門医・看護師と多職種が連携し、安全に運営している。手術室内の清潔度も維持している。救急部門は、自院の通院患者を含めて救急患者を積極的に受け入れるという方針のもと、市内の輪番体制にも参加している。必要な多職種のオンコール体制も機能している。

10. 組織・施設の管理

会計処理については、独立行政法人会計基準に基づき財務諸表を作成している。

財務諸表の体系は、病院会計準則に対応している。国立病院機構本部が示す経営改善手法リストから、病院として取組可能な課題を抽出し、経営改善に努めている。医事業務は病院職員と委託業者社員とで担当している。診療費の精算は、現金、クレジットカード、振込によって行っている。診療報酬の返戻・査定・再請求は、毎月開催している診療報酬査定等対策委員会にて審議検討し対応している。

業務委託の選定は、条件を備えた業者による一般競争入札によって決定している。委託業務の履行状況や質の評価に関しては、1～2か月に1回、程度業者との打ち合わせを実施して、担当部署による日常の業務管理や改善要求などを検討している。施設設備の管理は年間管理計画に沿って実施して、院内清掃は全面委託で清潔状態を保ち、廃棄物の管理も適切に実施している。医薬品や医療消耗品の購入については、医薬品・物品等購入委員会にて審議し、協議・選定している。高額医療機器については、運営会議で協議して、国立病院機構本部へ上申して決定を受けている。不正発注防止対策として、発注者と検品者を別にすることで内部牽制機能を発揮している。

災害時の体制は防災マニュアルや消防計画等で明確にしているが、今後は医療情報システムへの、外部からの情報操作・情報漏洩に対応するBCPの策定等を期待する。不審者の侵入防止他、安心安全な保安体制を確保している。

1 患者中心の医療の推進

評価判定結果

1.1	患者の意思を尊重した医療	
1.1.1	患者の権利を明確にし、権利の擁護に努めている	A
1.1.2	患者が理解できるような説明を行い、同意を得ている	B
1.1.3	患者と診療情報を共有し、医療への患者参加を促進している	A
1.1.4	患者支援体制を整備し、患者との対話を促進している	A
1.1.5	患者の個人情報適切に取り扱っている	B
1.1.6	臨床における倫理的課題について継続的に取り組んでいる	B
1.2	地域への情報発信と連携	
1.2.1	必要な情報を地域等へわかりやすく発信している	A
1.2.2	地域の医療機能・医療ニーズを把握し、他の医療関連施設等と適切に連携している	A
1.2.3	地域に向けて医療に関する教育・啓発活動を行っている	A
1.3	患者の安全確保に向けた取り組み	
1.3.1	安全確保に向けた体制が確立している	A
1.3.2	安全確保に向けた情報収集と検討を行っている	B
1.3.3	医療事故等に適切に対応している	A
1.4	医療関連感染制御に向けた取り組み	
1.4.1	医療関連感染制御に向けた体制が確立している	A
1.4.2	医療関連感染制御に向けた情報収集と検討を行っている	A
1.5	継続的質改善のための取り組み	
1.5.1	業務の質改善に向け継続的に取り組んでいる	B

1.5.2	診療の質の向上に向けた活動に取り組んでいる	B
1.5.3	患者・家族の意見を活用し、医療サービスの質向上に向けた活動に取り組んでいる	B
1.5.4	倫理・安全面などに配慮しながら、新たな診療・治療方法や技術を導入している	B
1.6	療養環境の整備と利便性	
1.6.1	施設・設備が利用者の安全性・利便性・快適性に配慮されている	A
1.6.2	療養環境を整備している	A
1.6.3	受動喫煙を防止している	B

2 良質な医療の実践 1

評価判定結果

2.1	診療・ケアにおける質と安全の確保	
2.1.1	診療・ケアの管理・責任体制が明確である	A
2.1.2	診療記録を適切に記載している	B
2.1.3	患者・部位・検体などの誤認防止対策を実践している	B
2.1.4	情報伝達エラー防止対策を実践している	B
2.1.5	薬剤の安全な使用に向けた対策を実践している	B
2.1.6	転倒・転落防止対策を実践している	A
2.1.7	医療機器を安全に使用している	B
2.1.8	患者等の急変時に適切に対応している	A
2.1.9	医療関連感染を制御するための活動を実践している	A
2.1.10	抗菌薬を適正に使用している	A
2.1.11	患者・家族の倫理的課題等を把握し、誠実に対応している	A
2.1.12	多職種が協働して患者の診療・ケアを行っている	A
2.2	チーム医療による診療・ケアの実践	
2.2.1	来院した患者が円滑に診察を受けることができる	A
2.2.2	外来診療を適切に行っている	A
2.2.3	診断的検査を確実・安全に実施している	B
2.2.4	入院の決定を適切に行っている	A
2.2.5	診断・評価を適切に行い、診療計画を作成している	A
2.2.6	患者・家族からの医療相談に適切に対応している	A
2.2.7	患者が円滑に入院できる	A

2.2.8	医師は病棟業務を適切に行っている	A
2.2.9	看護師は病棟業務を適切に行っている	A
2.2.10	投薬・注射を確実・安全に実施している	A
2.2.11	輸血・血液製剤投与を確実・安全に実施している	B
2.2.12	周術期の対応を適切に行っている	A
2.2.13	重症患者の管理を適切に行っている	A
2.2.14	褥瘡の予防・治療を適切に行っている	B
2.2.15	栄養管理と食事支援を適切に行っている	A
2.2.16	症状などの緩和を適切に行っている	A
2.2.17	リハビリテーションを確実・安全に実施している	A
2.2.18	身体拘束（身体抑制）の最小化を適切に行っている	B
2.2.19	患者・家族への退院支援を適切に行っている	A
2.2.20	必要な患者に継続した診療・ケアを実施している	A
2.2.21	ターミナルステージへの対応を適切に行っている	B

3 良質な医療の実践 2

評価判定結果

3.1	良質な医療を構成する機能 1	
3.1.1	薬剤管理機能を適切に発揮している	A
3.1.2	臨床検査機能を適切に発揮している	A
3.1.3	画像診断機能を適切に発揮している	B
3.1.4	栄養管理機能を適切に発揮している	A
3.1.5	リハビリテーション機能を適切に発揮している	S
3.1.6	診療情報管理機能を適切に発揮している	A
3.1.7	医療機器管理機能を適切に発揮している	A
3.1.8	洗浄・滅菌機能を適切に発揮している	B
3.2	良質な医療を構成する機能 2	
3.2.1	病理診断機能を適切に発揮している	S
3.2.2	放射線治療機能を適切に発揮している	A
3.2.3	輸血・血液管理機能を適切に発揮している	A
3.2.4	手術・麻酔機能を適切に発揮している	A
3.2.5	集中治療機能を適切に発揮している	NA
3.2.6	救急医療機能を適切に発揮している	A

4 理念達成に向けた組織運営

評価判定結果

4.1	病院組織の運営	
4.1.1	理念・基本方針を明確にし、病院運営の基本としている	A
4.1.2	病院運営を適切に行う体制が確立している	A
4.1.3	計画的・効果的な組織運営を行っている	A
4.1.4	院内で発生する情報を有効に活用している	A
4.1.5	文書管理に関する方針を明確にし、組織として管理する仕組みがある	A
4.2	人事・労務管理	
4.2.1	役割・機能に見合った人材を確保している	B
4.2.2	人事・労務管理を適切に行っている	A
4.2.3	職員の安全衛生管理を適切に行っている	B
4.2.4	職員にとって魅力ある職場となるよう努めている	A
4.3	教育・研修	
4.3.1	職員への教育・研修を適切に行っている	A
4.3.2	職員の能力評価・能力開発を適切に行っている	A
4.3.3	専門職種に応じた初期研修を行っている	A
4.3.4	学生実習等を適切に行っている	A
4.4	経営管理	
4.4.1	財務・経営管理を適切に行っている	A
4.4.2	医事業務を適切に行っている	A
4.4.3	効果的な業務委託を行っている	A

4.5 施設・設備管理

4.5.1	施設・設備を適切に管理している	A
-------	-----------------	---

4.5.2	購買管理を適切に行っている	A
-------	---------------	---

4.6 病院の危機管理

4.6.1	災害時等の危機管理への対応を適切に行っている	A
-------	------------------------	---

4.6.2	保安業務を適切に行っている	A
-------	---------------	---

年間データ取得期間： 2024年 4月 1日 ~ 2025年 3月 31日
 時点データ取得日： 2025年 6月 1日

I 病院の基本的概要

I-1 病院施設

- I-1-1 病院名 : 独立行政法人国立病院機構 旭川医療センター
- I-1-2 機能種別 : 一般病院2
- I-1-3 開設者 : 独立行政法人国立病院機構
- I-1-4 所在地 : 北海道旭川市花咲町7-4048

I-1-5 病床数

	許可病床数	稼働病床数	増減数(3年前から)	病床利用率(%)	平均在院日数(日)
一般病床	290	290	+0	71.3	20.7
療養病床					
医療保険適用					
介護保険適用					
精神病床					
結核病床	20	20	+0	21.5	48.9
感染症病床					
総数	310	310	+0		

I-1-6 特殊病床・診療設備

	稼働病床数	3年前からの増減数
救急専用病床		
集中治療管理室 (ICU)		
冠状動脈疾患集中治療管理室 (CCU)		
ハイケアユニット (HCU)		
脳卒中ケアユニット (SCU)		
新生児集中治療管理室 (NICU)		
周産期集中治療管理室 (MFICU)		
放射線病室		
無菌病室		
人工透析	7	+0
小児入院医療管理料病床		
回復期リハビリテーション病床		
地域包括ケア病床	50	+0
特殊疾患入院医療管理料病床		
障害者施設等入院基本料算定病床	50	+0
緩和ケア病床		
精神科隔離室		
精神科救急入院病床		
精神科急性期治療病床		
精神療養病床		
認知症治療病床		

I-1-7 病院の役割・機能等 :

地域医療支援病院, エイズ治療拠点病院, DPC対象病院 (DPC標準病院群)

I-1-8 臨床研修

I-1-8-1 臨床研修病院の区分

- 医科 1) 基幹型 2) 協力型 3) 協力施設 4) 非該当
- 歯科 1) 単独型 2) 管理型 3) 協力型 4) 連携型 5) 研修協力施設
- 非該当

I-1-8-2 研修医の状況

研修医有無 1) いる 医科 1年目 : 0人 2年目 : 3人 歯科 : 0人
 2) いない

I-1-9 コンピュータシステムの利用状況

電子カルテ 1) あり 2) なし 院内LAN 1) あり 2) なし
 オーダリングシステム 1) あり 2) なし PACS 1) あり 2) なし

